9

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

V. CARLIER

CANDIDAT A L'AGRÉGATION POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

(Section de chirurgie et d'accouchements)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe lauréat des hôpitaux de Lille, 1877.

Lauréat (prix de fin d'année) de la Faculté de médecine de Lille, 1878.

Externe des hôpitaux de Paris, 1879.

Interne des hôpitaux de Paris, 1882.

Docteur en médecine, 1889.

Membre correspondant de la Société anatomique, 1889.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (médaille de bronze, 1890).

Lauréat de la Société de chirurgie (prix Duval, 1890).

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Suppléant de M. le professeur agrégé Phocas, pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1891, dans le service des maladies chirurgicales des enfants à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Tumeur du tendon fléchisseur profond d'un doigt. *Bulletins de la Société anatomique*, 8 mars 1889.

Observation intéressante à plusieurs points de vue.

Les tumeurs des tendons sont extrêmement rares. M. Cornil les considère comme des curiosités anatomo-pathologiques. Le point d'insertion de la tumeur sur le tendon était ici très net. L'examen histologique, fait par M. Cornil, a démontré qu'il s'agissait d'une végétation fibreuse du tendon.

La tumeur siégeait sur le tendon fléchisseur profond du médius droit chez une jeune femme dont le doigt présentait les signes du doigt à ressort. L'ablation de la tumeur eut pour résultat de faire disparaître le phénomène du ressort ; la tumeur agissait ici en provoquant un réflexe, et non d'une façon mécanique, car la partie principale de la tumeur était située en dehors de la gaine, le pédicule seul attenait encore au tendon.

Le doigt à ressort. Thèse inaugurale, Paris, 1889.

Nous avons eu surtout en vue, dans notre travail, l'étude de la pathogénie du doigt à ressort.

Décrit pour la première fois en 1850 par Nélaton et Notta, le doigt à ressort avait, depuis lors, fait l'objet d'un certain nombre de mémoires dont les auteurs arrivaient à des conclusions presque toujours identiques.

Théorie tendineuse. — On n'admettait qu'une seule cause possible de la maladie : la présence d'une nodosité développée sur les tendons fléchisseurs des doigts. C'est ce qui paraissait res-

sortir nettement des expériences faites sur le cadavre par quelques auteurs, entre autres par MM. Menzel et Blum, et tous s'en rapportaient à l'opinion émise par ces deux chirurgiens.

Dans cette hypothèse, la nodosité développée sur le tendon s'accrochait, pendant les mouvements du doigt, à l'un des rebords naturels de la gaine tendineuse, et provoquait ainsi le phénomène du ressort.

Ce qui avait fait si aisément admettre cette théorie de la nodosité tendineuse, c'est que, chez les sujets présentant un doigt à ressort, on a souvent très nettement, dans la paume de la main, à un bon centimètre au-dessus du pli digito-palmaire, la sensation d'une nodosité qui suit les mouvements des tendons fléchisseurs.

Nous avons été assez heureux pour pouvoir observer et suivre sept malades atteints de doigt à ressort. Au début de nos recherches, nous avons cru tout d'abord, comme les auteurs que nous venons de citer, que les tendons fléchisseurs étaient en cause et qu'ils devaient présenter, au point spécifié plus haut, une nodosité.

C'est M. Poirier qui nous fit remarquer que l'on obtenait cette sensation de la nodosité tendineuse chez quelques sujets dont les doigts ne présentaient nullement le phénomène du ressort. Notre méfiance était de la sorte éveillée à l'égard de la nodosité, mais pas assez toutefois pour nous empêcher d'intervenir chirurgicalement chez deux malades qui présentaient, à un degré extrêmement accusé, le signe de la nodosité (obs. X et XI). Dans ces deux interventions, les tendons fléchisseurs mis à nu au point même où l'on percevait la nodosité, furent trouvés absolument sains.

Le même fait s'était présenté deux mois auparavant à M. Quénu qui, opérant un pouce à ressort, fut surpris, une fois le tendon fléchisseur mis à nu, de ne pas constater l'existence d'une nodosité qu'il avait cru percevoir avant l'opération. Comme ces trois malades pouvaient être considérés comme des cas types de doigt à ressort, ils nous ont permis de conclure que *la nodosité perçue au toucher n'est qu'affaire de sensation, et n'implique nullement l'existence d'une tumeur du tendon.*

Les objections que nous avons formulées à l'encontre de la théorie tendineuse peuvent se résumer ainsi : la rareté extrême des

tumeurs des tendons; les intermittences du ressort, les cas de guérison subite de la maladie, la persistance plus ou moins longue de la nodosité après la guérison sur des doigts qui n'ont jamais présenté le phénomène du ressort, enfin et surtout les résultats négatifs constatés par M. Quénu et par nous lors de trois interventions chirurgicales.

Explication de la sensation de la nodosité. — La sensation de la nodosité paraît due au déplacement, lors des mouvements des doigts, de l'angle de bifurcation du tendon fléchisseur superficiel. Lorsque le doigt est dans l'extension, un pouce explorateur, placé à un centimètre environ au-dessus du pli digito-palmaire, repose à la fois sur les deux tendons fléchisseur superficiel et profond. Mais que l'on fasse exécuter, au doigt exploré, un mouvement de flexion, les deux tendons fléchisseurs se déplacent simultanement et il arrive un moment où l'angle de bifurcation du fléchisseur sublime passe sous le pouce explorateur qui, dès lors, n'est plus en contact qu'avec le tendon fléchisseur profond. — Même phénomène, mais en sens inverse, au cours de l'extension du doigt: le pouce explorateur n'a d'abord sous lui que le tendon du fléchisseur profond, mais bientôt il est, pour ainsi dire, soulevé par l'angle de bifurcation du fléchisseur superficiel; ce dernier, s'interposant entre le pouce et le fléchisseur profond, provoque la sensation d'une petite nodosité évoluant sous le pouce explorateur.

Cette explication permet de comprendre pourquoi, dans la plupart des observations de doigt à ressort où il est fait allusion à la nodosité, celle-ci a été perçue à un point toujours le même, c'est-à-dire à un centimètre environ au-dessus du pli digito-palmaire.

Théorie articulaire. — Nous admettons, dans notre travail, qu'il existe des cas rares dans lesquels une articulation, atteinte d'arthrite rhumatismale, peut être déformée de telle façon que le doigt est à ressort lors des mouvements. Le fait a été plusieurs fois constaté sur des doigts ou orteils de sujets servant aux démonstrations cadavériques (Steinthal, König, Blum, Walther, Villar).

Nous avons émis, dans notre travail (p. 100 et suiv.), un certain nombre d'objections à la théorie articulaire défendue par M. Poirier.

Doigt à ressort idiopathique. Théorie du spasme fonctionnel. — Nous avons admis que, dans la grande majorité des cas, le doigt à ressort est provoqué par une anomalie de la contraction musculaire, et qu'il s'agit d'un spasme fonctionnel. Il existe en effet une grande analogie entre les causes qui provoquent le doigt à ressort et celles qui engendrent les spasmes fonctionnels. Dans la plupart des observations, il est fait mention de diathèse rhumatismale, de traumatisme, et de fatigue fonctionnelle exagérée. Quant à la prédisposition nerveuse des sujets, nous l'avons retrouvée chez quelques-uns des malades observés par nous-même (tic, chorée, hystérie, névropathie).

La ressemblance clinique est d'ailleurs frappante entre le doigt à ressort et les spasmes fonctionnels, tels qu'ils ont été décrits par Duchenne (de Boulogne). De même que dans les spasmes fonctionnels, où le spasme ne survient qu'à l'occasion des mouvements voulus, de même un doigt à ressort ne présente le phénomène du ressort que pendant les mouvements du doigt exécutés sous l'influence de la volonté. Dans le spasme fonctionnel, toute fatigue des muscles atteints accroît l'intensité du symptôme ; dans le doigt à ressort, les mouvements répétés font naître ou rendent plus accusé le phénomène du ressort, et ils entraînent facilement une sensation de fatigue qui s'accroît rapidement si le malade persiste à reproduire le même mouvement. Dans l'une comme dans l'autre maladie, le symptôme peut être caractérisé, tantôt par une contraction anormale, mais indolente ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, par une contraction douloureuse ; tantôt enfin par une véritable contracture du muscle qui préside au mouvement (obs. X, XII, XVII, etc.). Enfin le mode de début du doigt à ressort, les périodes de rémission ou d'exacerbation qu'il présente dans sa marche, sa *tendance à siéger sur deux doigts homonymes*, sa ténacité, son mode de guérison tantôt lente, tantôt subite et spontanée, tout cela constitue un faisceau de preuves bien suffisant, selon nous, pour affirmer que le doigt à ressort est un spasme fonctionnel.

Localisation du spasme dans le doigt à ressort idiopathique. — La difficulté toujours plus grande du mouvement d'extension comparativement à la flexion ; le siège des douleurs correspondant au trajet des fléchisseurs ; la constance de la production du phénomène du ressort pendant le mouvement d'extension, alors qu'il manque souvent dans la flexion ; la flexion permanente des deux dernières phalanges du doigt quand l'affection présente le type grave de contracture ; enfin, le mécanisme même du doigt à ressort, autorisent à conclure que les muscles atteints de spasme sont, pour les quatre derniers doigts, les muscles fléchisseurs sublime et profond, et, pour le pouce, son muscle long fléchisseur propre.

Mécanisme du doigt à ressort idiopathique. — Ce mécanisme est facile à comprendre avec la théorie du spasme siégeant dans les muscles fléchisseurs. Il suffit de se rappeler que le tendon du fléchisseur sublime s'insère à la deuxième phalange, que l'on peut appeler la phalange enregistreur.

Si un doigt atteint de ressort est fléchi, et que le malade veuille l'étendre, il arrive un moment où le fléchisseur sublime s'oppose à la continuation du mouvement d'extension. La deuxième phalange éprouve alors un temps d'arrêt, mais, grâce à un effort énergique des extenseurs, le spasme cède, et la deuxième phalange achève brusquement son mouvement d'extension. La vitesse du mouvement final tient à l'excès de force déployée par les extenseurs : la résistance une fois vaincue, l'excès de force se transforme en vitesse.

Explication de l'immunité relative de l'index et du petit doigt. — Si l'index et le petit doigt sont plus rarement atteints, cela tient à ce que ces deux doigts sont pourvus de deux muscles extenseurs, alors qu'il n'existe qu'un seul muscle extenseur pour le médius, l'annulaire et le pouce.

Nature de la maladie. — Le doigt à ressort étant souvent *bilatéral* et *symétrique*, nous lui reconnaissons une origine nerveuse.

Nous nous sommes longuement étendu, dans notre travail, sur l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le pronostic, le dia-

gnostic et le traitement du doigt à ressort ; nous donnons ici nos conclusions :

1° Le doigt à ressort doit être le plus souvent considéré comme une affection *idiopathique* que nous proposons de classer dans le groupe des *spasmes fonctionnels*.

Les muscles atteints de spasme sont : pour le pouce, le long fléchisseur propre, et pour les autres doigts, les faisceaux correspondants des muscles fléchisseurs sublime et profond.

2° Il existe un doigt à ressort *symptomatique*.

Dans les cas provoqués par une lésion de l'appareil vagino-tendineux, nous ne nous expliquons pas le mécanisme du ressort sans l'intervention d'un réflexe partant du point altéré de la gaine ou du tendon, et allant provoquer, chez un sujet prédisposé, le spasme du muscle pendant la fonction.

On s'explique, de cette façon, comment toute lésion de la gaine (obs. XV du professeur Lannelongue, fibrome de la gaine, obs. LV de Notta, etc.), du tendon (obs. LVI de Dumarest, obs. IX personnelle, tumeur du tendon, etc.) ou de la synoviale, peut faire naître le doigt à ressort.

Il n'existe peut-être pas un seul cas authentique de doigt à ressort dû au mécanisme invoqué par la théorie tendineuse (Blum-Marcano) ou par la théorie de l'engorgement du cul-de-sac de la synoviale (Notta).

3° La variété *ostéo-articulaire* est rare ; elle a un aspect clinique différent des variétés précédentes.

Le ressort est produit ici d'une façon toute mecanique, sans intervention du spasme.

Note sur un œdème local (enveloppes du testicule) au cours des maladies du foie. *Médecine moderne*, 1892.

Il s'agit de deux malades paludéens et sujets à des congestions passagères du foie. Les poussées congestives provoquaient un œdème des enveloppes du testicule, avec épanchement dans la tunique vaginale, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois. Un de ces malades pouvait être, à un certain moment, considéré

comme atteint d'une hydrocèle vulgaire, qui disparaiseait en même temps que s'améliorait l'état du foie. Le fait se reproduisit souvent, avec ou eans œdème des boursee, accompagnant de prèe les poussées congestives de la glande hépatique.

Gangrène phéniquée. *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Nous rapportons, dans ce travail, l'observation d'une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, pour une gangrène du gros orteil droit survenue après l'application de compresses imbibées d'une solution phéniquée.

Aprèe une première intervention qui eut pour but l'amputation du gros orteil et du premier métatarsien, bien que le bistouri eût taillé en plein tissu eain, il se produisit une gangrène partielle des lambeaux.

Une douxième intervention (amputation de Lisfranc) fut encore suivie d'un sphacèle partiel du lambeau dorsal au niveau du premier cunéiforme, qu'il fallut enlever consécutivement.

La gangrène phéniquée ayant fait l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie en 1889, il nous a paru intéressant d'exposer brièvement ses eignes cliniques, qui sont ceux de la gangrène sèche, et de rechercher les causes de cet accident.

Il en est de l'acide phénique comme de tous nos antiseptiques, il est facile de le mal employer. Il se peut donc, bien que cela doive être une exception, que la gangrène ait été parfois engendrée par l'usage de solutions trop fortes ou mal préparées. Mais le plus souvent les solutione prescrites étaient à 1/50. Il faut alors incriminer soit la nature de la blessure, eoit une prédisposition particulière du sujot.

Un fait paraît aujourd'hui bien établi, c'est que, de toutes les plaies soumises à l'action des bains phéniqués, celles qui ee prêtent le mieux à l'éclosion des accidents gangréneux sont les plaies contuses, à bords mâchés, les plaies par écrasement.

Mais quelques observations concernent des malades qui n'avaient point subi antérieurement de traumatisme. Pour expliquer la gangrène survenue dans ces conditions, force est bien d'admettre une

disposition particulière du sujet à être mal impressionné par telle médication qui laisserait indemne son voisin. Max Kortüm a émis l'hypothèse que l'acide phénique provoquait une trophonévrose particulière, remarquable simplement par la rapidité de sa marche. Cette hypothèse est d'autant plus admissible que l'acide phénique est connu depuis longtemps comme anesthésique local.

Mais il est d'autres raisons à invoquer. En effet, la gangrène phéniquée n'a guère été observée ailleurs qu'aux doigts ou aux orteils, c'est-à-dire là où la circulation se fait le moins activement.

Il nous est donc permis de tirer cette conclusion : si la gangrène doit survenir, elle choisira de préférence les tissus mal défendus par une vitalité moindre, les doigts écrasés, les orteils atteints d'onyxis, les territoires à engelures, les parties violemment contuses. Qu'il s'agisse d'une action directe sur le nerf, la chose est possible, probable même, mais c'est dans les conditions que nous venons de signaler, conditions telles que la vie nerveuse du membre est au-dessous de la normale, que la gangrène aura le plus de chance de se produire.

Gangréne sénile. Amputation. Guérison. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1892.

Il s'agit, dans cette observation, d'un cas de gangrène sénile survenue chez un individu de 56 ans, artérioscléreux. La gangrène, qui intéressa la totalité du pied droit, mit quatre mois et demi à évoluer. Le sillon d'élimination s'arrêta au dessus du cou-de-pied. On fit l'amputation à quelques centimètres au delà ; six semaines après, le malade sortait guéri.

Commotion cérébrale et médullaire. Rétention d'urine. (Observation recueillie en 1883 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Tillaux, et publiée en 1884 dans la thèse du Dr Geffrier, intitulée : Troubles de la miction dans les maladies du système nerveux.)

Pathogénie et traitement des abcés urineux. *Gazette des hôpitaux*, 1892. (En collaboration avec M. Arnould, ancien interne des hôpitaux.)

Mettant à profit les idées actuellement régnantes en bactériologie

des voies urinaires, nous avons fait ressortir que les abcès urineux sont sous la dépendance de la bactérie pyogène décrite par Albarran et Hallé. Ce sont les phénomènes septiques qui priment tout.

Nous avons admis qu'il n'était point besoin d'une solution de continuité des voies urinaires pour voir se développer un abcès péri-urinaire.

En ce qui concerne l'urèthre, la bactérie pyogène peut, sans ulcération où solution de continuité apparentes, franchir la muqueuse uréthrale et provoquer ensuite un abcès de voisinage.

Il n'est donc point nécessaire, ainsi que l'affirment tous les auteurs classiques, que l'urine fasse irruption à travers la muqueuse uréthrale dans le tissu cellulaire voisin pour qu'il survienne un abcès urineux.

Ce dernier mode de développement des abcès urineux est certainement le plus fréquent, mais il n'est admissible que si l'urine renferme les germes infectants qu'on rencontre dans tout abcès urineux.

Rétrécissement large avec abcès urineux.
(Union médicale, 1892)

Il s'agit d'un malade qui n'avait jamais éprouvé la moindre difficulté de la miction. Sans cause occasionnelle connue, il survint un abcès urineux. L'exploration de l'urèthre, faite avec un explorateur à boule, ne nous a permis de sentir le ressaut caractéristique du rétrécissement qu'en employant une boule n° 19.

Tuberculose génitale primitive à marche ascendante (en collaboration avec M. Thiroloix, interne médaille d'or des hôpitaux). Deux observations, in *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.

Ces deux observations, dans lesquelles un examen anatomique a permis de suivre la marche de l'infection bacillaire, peuvent servir à étudier la pathogénie si controversée de la tuberculose génitale primitive. La tuberculose évolue-t-elle d'emblée dans l'épididyme et le testicule, ou bien remonte-t-elle progressivement la voie d'élimination du sperme? Si nous nous en rapportons à notre examen, nous sommes autorisé à assimiler la tuberculose génitale

primitive aux tuberculoses primitives urinaire et pulmonaire, le testicule toutefois, comme le rein et le poumon, pouvant être infecté par la voie sanguine qui règle les localisations tuberculeuses secondaires.

On comprend aisément quelle importance s'attache à cette pathogénie au point de vue de l'intervention chirurgicale. Si en effet le testicule est l'aboutissant, le terme ultime de la tuberculose génitale, la castration ne constitue plus qu'une opération partielle, puisqu'elle laisse subsister une tuberculose vésiculaire et déférentielle.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE